

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 388

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932.

PAR

M^{me} LANNEGRACE, née Monique Parturier

Née le 25 avril 1905, à Paris (Seine)

Ancienne interne de l'Hospice Paul-Brousse
et du Centre Anti-Cancéreux de la banlieue parisienne
Assistante à la consultation de gastro-entérologie
du Centre Anti-Cancéreux de Villejuif
Lauréate de la Faculté de Médecine

SUR QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC DE L'ULCERE DUODÉNAL

Président de Thèse : M. le Professeur ROUSSY

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

SUR QUELQUES DIFFICULTÉS
DE DIAGNOSTIC
DE L'ULCÈRE DUODÉNAL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932.

PAR

M^{me} LANNEGRACE, née Monique Parturier

Née le 25 avril 1905, à Paris (Seine)

Ancienne interne de l'Hospice Paul-Brousse
et du Centre Anti-Cancéreux de la banlieue parisienne
Assistante à la consultation de gastro-entérologie
du Centre Anti-Cancéreux de Villejuif
Lauréate de la Faculté de Médecine

**SUR QUELQUES DIFFICULTÉS
DE DIAGNOSTIC
DE L'ULCERE DUODÉNAL**

Président de Thèse : M. le Professeur ROUSSY

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN..... M. BALTHAZARD.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie.....	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENNORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	FERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM

ALAJOUANINE . . Neurologie et psychiâtr.
 AUBERTIN. . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHABROL. . . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART
 d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HOVELACQUE . . Anatomie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. Pathologie médicale.

MM.

JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE Guy. . Pathologie médicale.
 LEVEUR. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiâtrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELÈVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER. Ophthalmologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUENIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ.	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL.	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, Professeur sans chaire. .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A LA MEMOIRE VENEREE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

*Témoignage de mon profond amour
filial.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

Geneviève et Jacques BOUTARD

Docteur Agnès PARTURIER

Renée et Edmond LANNEGRACE

A TOUS MES AMIS ET A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR G. ROUSSY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

*Qu'il veuille bien agréer l'hommage de
ce travail, comme gage de notre pro-
fonde et respectueuse reconnaissance,
en même temps que de notre grand
attachement.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR R.-A. GUTMANN

Médecin des Hôpitaux de Paris
Assistant médical de la Clinique Chirurgicale
de la Salpêtrière

*Qui nous a inspiré ce travail et dirigé
de ses conseils éclairés.*

*Que ce modeste hommage à ses travaux
lui soit un témoignage particulier de
notre très vive reconnaissance.*

A MON MAITRE

Monsieur le DOCTEUR J. LHERMITTE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hospice Paul BROUSSE

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre très affectueuse et respectueuse reconnaissance pour l'enseignement distingué si attachant dont nous eûmes la rare faveur de bénéficier.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- 1926-27. — M. le Professeur GOSSET (Salpêtrière).
M. le Professeur BEZANÇON (Saint-Antoine).
- 1927-28. — M. le Docteur F. RAMOND (Saint-Antoine).
M. le Docteur LAPOINTE (Saint-Antoine).
- 1928-29. — M. le Docteur Louis RAMOND (Laënnec).
M. le Professeur ROUSSY (Hospice P. Brousse).
- 1929-30. — M. le Professeur ROUSSY (Hospice P. Brousse).
M. le Docteur LHERMITTE (Hospice P. Brousse).
- 1930-31. — M. le Docteur LHERMITTE (Hospice P. Brousse).
M. le Docteur TZANCK (Saint-Antoine).

A MES MAÎTRES DE PAUL-BROUSSE :

MADAME LE DOCTEUR SIMONE LABORDE

Témoignage d'affectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHASTENET DE GERY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ HUGUENIN

A MADemoiselle LE DOCTEUR GABRIELLE LEVY

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DE MASSARY

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEMOURS-AUGUSTE

Voici bientôt trois ans que fonctionne, au sein de l'Institut du Cancer, à Villejuif, la consultation de gastro-entérologie créée par le D^r R.-A. GUTMANN.

Nous voudrions rendre hommage au bienveillant appui que nous avons toujours trouvé auprès de M. le Professeur ROUSSY, comme à l'admirable organisation de cet Institut du Cancer qu'il a créé.

Grâce à elle, nous avons trouvé un champ d'étude successivement pour le Cancer et la Neurologie dans les services de MM. le Professeur ROUSSY et le Professeur Agrégé LHERMITTE.

Nous ne saurions trop marquer notre profonde reconnaissance au D^r R.-A. GUTMANN — qui nous a initiée à l'étude de la gastro-entérologie — pour le remarquable enseignement qu'il nous a prodigué — et dont notre thèse s'est largement inspirée.

Nous remercions très vivement le D^r A. NEMOURS à qui nous devons également notre connaissance des clichés radiographiques.

SUR CERTAINES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DUODÉNAL

Les ulcères duodénaux donnent lieu à diverses images radiologiques. Les unes sont classiques, mais ne possèdent pas la signification qu'on leur avait, jusqu'ici accordée. Les autres, considérées comme peu significatives et exceptionnelles, se révèlent, en réalité, depuis le progrès de la technique radiologique, fréquentes et caractéristiques.

Tels sont les faits que nous voudrions chercher à établir d'abord.

I. — Notions classiques

Le diagnostic définitif de l'ulcère duodéal est basé avant tout sur l'examen radiologique. En effet, si la clinique permet, presque toujours, d'affirmer la présence d'un ulcère, elle permet bien plus rarement de le localiser.

Nous rappellerons d'abord les notions actuellement classiques.

Nous passerons très rapidement sur les caractères essentiels de l'examen clinique d'un malade atteint d'un ulcère du bulbe, car ils ne font pas l'objet de

notre étude : la douleur spontanée est le symptôme capital de l'ulcus duodénal, son évolution par périodes est typique ; avec ses crises de douleurs tardives revenant chaque jour pendant la poussée ; ses périodes douloureuses de trois semaines environ avec les sédations longues et nettes de plusieurs mois, voire de plusieurs années : telle est la plus importante caractéristique de l'ulcère.

Nous ne nous étendrons ni sur l'horaire de la douleur, ni sur sa durée, ni sur son intensité, ni sur les caractères de l'examen physique qui sont suffisamment connus et nous envisagerons seulement ici l'examen radiologique qui nous intéresse plus particulièrement.

La méthode indispensable pour le diagnostic de l'ulcère duodénal — nous ne saurions trop y insister — est la prise de radiographies en série ; la lésion se marque avec une physionomie absolument spéciale sur tous les bons clichés ; et une déformation constante dans sa forme et dans sa localisation y prend une valeur de premier ordre.

Ce diagnostic radiologique est fondé, en grande partie, sur les descriptions classiques d'Akerlund. En 1911, HAUBECK mentionnait pour la première fois en radiologie la niche ulcéreuse gastrique. En 1914, LEWIS GREGORY COLE étudia les déformations diverses du bulbe duodénal. En 1916, CARMAN pensa que le spasme jouait un rôle très important dans les déformations. Enfin, en 1919, AKERLUND montra qu'il existait une

niche dans 50 ou 60 % des cas d'ulcères duodénaux, à l'examen radiologique. *La niche classique des bords* est un élément capital de la physionomie du bulbe ulcéreux. Elle est d'une extrême fréquence ; elle est très variable de forme et de taille : elle peut être minuscule, petite, ou de très grande taille ; quant à sa forme, elle répond à d'innombrables aspects : généralement arrondie ou ovale, elle peut faire une saillie hémisphérique sur le contour du bulbe ou bien cette saillie peut être plus accusée et être entourée de deux encoches spasmodiques ; elle peut être pédiculée ou même apparaître comme une tache située à côté du bulbe et qui en semble indépendante. On sait que son bord libre n'est pas toujours arrondi, mais peut présenter de nombreuses déformations. Le siège classique le plus fréquent de la niche est la petite courbure. Mais elle peut aussi siéger sur la grande courbure, quelquefois, sur la base du bulbe, d'autres fois, plus rarement, à l'angle qui sépare la petite ou la grande courbure de sa base.

La niche peut quelquefois rester remplie après l'évacuation de l'estomac et du duodénum, sous forme d'une tache résiduelle caractéristique. Telle est la niche classique.

Nous verrons plus loin qu'il existe une autre localisation, généralement méconnue jusqu'ici et considérée comme de peu d'importance, en réalité capitale : c'est la niche d'une des faces.

Mais en dehors de la niche on peut rencontrer d'au-

tres déformations importantes sur le bulbe ulcéreux. Le bord du bulbe, en effet, sur lequel est située la niche peut être très déformé — il devient parfois droit, parfois concave — la concavité peut être parfois si marquée que le bulbe prend la forme d'un fin canal étriqué en forme d'S — cette image qui est très caractéristique du bulbe ulcéreux, AKERLUND l'attribue à une rétraction scléreuse.

Cette rétraction d'un des bords peut provoquer une *excentration du pylore*.

A ces déformations s'ajoutent souvent des *incisures* ou des *encoches*, elles peuvent même se rencontrer sur un bulbe sans niche visible. Elles acquièrent alors une grande valeur de présomption en faveur d'un ulcère duodénal. Elles donnent au bulbe des aspects parfois curieux : elles peuvent le segmenter et le faire ressembler à un trèfle à trois ou quatre feuilles ou à petites folioles rapprochées.

D'autres fois plus larges, à bords plus arrondis, elles peuvent aussi donner au bulbe des aspects tout à fait spéciaux, ressemblant à des déchiquetures faites à l'emporte-pièce.

On peut voir encore des *pseudo-diverticules* simulant les diverticules vrais dont ils diffèrent par le caractère suivant : quoique existant plusieurs fois, sur une même série de clichés, ils varient de forme, de grandeur, de longueur, et peuvent disparaître d'un cliché à l'autre ; tous ces divers aspects peuvent se combiner donnant les aspects classiques de bulbes éclatés, de trèfles, de bran-

ches de corail, de bulbes en orchidée, en gerbe, etc.

L'origine de ces encoches est diversement interprétée. AKERLUND, qui les a décrites, pense qu'elles sont ou organiques, scléreuses ou spasmodiques. Cette opinion est communément acceptée, et l'on invoque généralement à la base de toutes ces déformations, des spasmes et des rétractions des courbures, des sténoses.

En somme, classiquement, l'ulcère se traduit par des déformations diverses des *bords du bulbe et l'intégrité des bords de ce bulbe permet d'affirmer l'absence de l'ulcère*. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette conception.

II. — Importance de la niche de face

La niche des bords était seule jusqu'ici, nous l'avons vu, généralement étudiée. On négligeait la niche d'une face, la considérant comme très rare et d'un intérêt secondaire. En réalité, son importance est de premier plan pour le diagnostic des ulcères duodénaux. Cette localisation extrêmement fréquente est facilement méconnue ; et les images que l'on prend le plus souvent pour une niche des bords, sont précisément ces déformations, spasmes, encoches, pseudo diverticules, et parfois irrégularité de remplissage par la baryte, que nous venons de décrire.

La véritable niche est au milieu, et elle passe inaperçue, parce que le bulbe est toujours classiquement ra-

diographié *plein* (Fig. 1 et 2). Au contraire, c'est sur un bulbe presque évacué, simplement imprégné de baryte qu'il faut prendre des clichés.

Parfois, ce sont les circonstances qui gênent le remplissage : par exemple l'œdème inflammatoire de la pa-



Figure 1.

Figure 2.

Fig. 1. — L'image 1 reste sans modification notable sur sept clichés. L'interprétation classique est : grosse niche diverticulaire de l'angle supéro-interne. En réalité (fig. 2), quand le bulbe est moins rempli, on constate une niche de face. La pseudo-niche n'est que le segment inféro-interne de la base du bulbe séparé du reste du bulbe par une plage œdémateuse. (Clichés Ledoux-Lebard et Garcia-Calderon.)

roi turgescente empêche la répétition complète ; et les plages ou le halo clair plus ou moins large qui en résultent, laissent apparaître par contraste la niche en leur centre.

La niche est le signe capital de l'ulcère, sa marque directe ; elle est toujours en rapport anatomique avec son siège, comme l'ont montré les travaux de PUTH sur les déformations du bulbe ulcéreux (1).

Cette conception qui rejette à l'état d'interprétation radiologique la grande majorité des niches classiques des bords, donne une importance primordiale à la niche de face.

Il en résulte un décalage dans l'importance des signes radiologiques.

Classiquement, un bulbe dont les bords sont normaux sur les clichés est un bulbe non ulcéreux.

En réalité « *l'intégrité radiologique absolue des bords du bulbe sur tous les clichés ne prouve pas que ce bulbe n'est pas ulcéreux* » (2).

Comme d'autre part, la niche de face ne se voit pas sur les clichés du bulbe plein, il en résulte que sur une série la niche peut n'apparaître que sur certaines épreuves (Fig. 3, 4 et 5).

« *Des clichés en série peuvent montrer des bulbes, non seulement normaux de contour, mais encore normalement remplis, et la niche centrale peut n'apparaître que sur certains clichés ; ce bulbe n'est pas ulcéreux* » (2).

Voilà pourquoi nous insistons sur l'importance primordiale des séries de radiographies aux différents moments de l'évacuation barytée et, en particulier,

(1) Méd. Gesellschaft. zu Kiel. 28 juillet 1927.

(2) GUTMANN. *Presse Médicale*, avril 1932.

(3) GUTMANN. *Loc. cit.*



FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 5.

Fig. 3 et 4. Deux clichés d'un bulbe bien rempli, de réplétion et d'évacuation normale. On remarque seulement sur la grande courbure une image dite classiquement il' « encoche spasmodique ». (Clichés Nemours-Anguste.)
 Fig. 5. — Le même bulbe, même séance, en état de demi-vacuité spontanée. Petite niche de face. Images intérieures des replis ordonnés donnant un aspect profondément multilobé. (Cliché Nemours-Anguste.)

à des stades de réplétion légère. On a cherché à vider volontairement le bulbe pour découvrir des ulcères invisibles sur le bulbe plein. Les méthodes radiographiques récentes donnent parfois des résultats intéressants. Divers auteurs : ATTINGER (1), SCHWEIZ (2), AKERLUND (3), BERG (4), CHAOUL (5), ont préconisé les radiographies avec compression directe du bulbe duodénal. Ces méthodes sont extrêmement intéressantes parce qu'elles peuvent permettre parfois de découvrir des ulcères cachés, mais elles ne constituent pas en général une méthode de choix : car nous pensons que rien ne vaut, une série de clichés pris par les techniques classiques, mais à des stades de réplétion variés.

Dans ces conditions, avec l'habitude et l'expérience nécessaires à la lecture des radiographies, on constate dans neuf cas sur dix une niche de face du milieu du bulbe, perdue au milieu des déformations variées qui ont été déjà décrites.

(1) Examen radiogr. du bulbe duodénal par la méthode des couches minces.

(2) Med. Woch. 1925, page 841.

(3) Etudes Roentgenologiques sur le bulbe duodénal, Acta radiol. Suppl. I. Stockh. 1921.

(4) Les signes divers de l'ulcère duodénal et leur signification clinique. Ergeb. D. M. Strahlenforschung. Tome II. 1926, p. 249.

(5) Diagn. Rad. Clin. de l'appareil digestif. Berlin 1928.

III. — Signification des déformations péri-ulcéreuses

Quelles sont ces déformations ? Quelle est leur signification ?

Spasmes, déformations scléreuses, disent les classiques. Cette explication vaut pour certains cas : il y a des images spasmodiques passagères ; il y a aussi des bulbes déformés par des processus scléreux — mais on est frappé de voir que très souvent certaines images dites spasmodiques persistent sans aucun changement sur des séries de clichés — ce qui n'est pas le fait des spasmes. En tous cas, le plus souvent, aucun de ces aspects, dits spasmodiques ou organiques, ne se retrouve à l'opération, même lorsqu'elle est faite à l'anesthésie locale, et le bulbe, si déformé soit-il sur les clichés apparaît aux yeux du chirurgien *comme tout à fait normal*, avec simplement la petite tache nacrée ou rose qui marque extérieurement l'ulcère.

Pour ces raisons, que nous ne faisons qu'indiquer ici, nous ne pouvons pas admettre dans la majorité des cas, l'origine spasmodique ou organique des aspects radiologiques.

D'ailleurs, non seulement nous l'avons vu, on ne les retrouve pas à l'opération, mais encore il est impossible de se représenter, devant telle image où le bulbe

par exemple est transformé en une gerbe effilochée, en une image filiforme, en un trèfle profondément découpé, etc., comment des déformations extérieures, quelles qu'elles soient, pourraient les produire.

En réalité, il ne s'agit pas de déformations *extérieures* de la paroi du bulbe, portant sur toute l'épaisseur de cette paroi, mais seulement d'images radiologiques *intérieures*, dues à la turgescence de la muqueuse œdématisée. Cette opinion avait déjà soutenue par Forsell en ce qui concerne « l'encoche spasmodique » qu'il attribuait à un « coussinet » d'œdème. Elle permet en réalité d'expliquer la grande majorité des aspects de l'ulcère bulbaire.

L'ulcère creuse une cavité. Cette cavité où s'accumule la baryte constitue radiologiquement la niche et elle est en général sur la face parce que l'ulcère y est le plus souvent.

Autour de cet ulcère, la sous-muqueuse est enflammée, boursoufflée ; sous l'influence de cette turgescence qui distend la muqueuse, se dessinent des plissements irréguliers, analogues aux sillons d'un « capitonnage ». Lorsque la baryte remplit ce bulbe irrégulièrement tomenteux, elle pénètre dans la niche et dans les fissures, tandis qu'elle ne « prend » pas sur les parties bombées ; on a ainsi sur les clichés des aspects caractéristiques, mais dont la systématisation importe peu, moules opaques des plissements de la muqueuse œdématisée et qui ne représentent en aucune

façon la forme proprement dite du bulbe, laquelle n'a pas changé.

Voilà comment, nous semble-t-il, on doit comprendre la signification radiologique du bulbe ulcéreux.

Les pièces opératoires reproduites récemment par R.-A. GUTMANN (loc. cit.), sont à cet égard tout à fait explicites. Sur l'une, on voit « la petite niche et les fissures entre les bourrelets d'œdème expliquant l'aspect coralliforme classiquement considéré comme produit par des spasmes, des encoches ». L'autre pièce offre une petite ulcération creusée dans une paroi œdémateuse expliquant l'aspect dit, à tort, petit bulbe spasmé.

Deux autres images de pièces opératoires reproduites dans le même article représentent également, la première : une niche centrale perdue dans une paroi boursoufflée où serpente une dépression avec fissures latérales expliquant les aspects dits : bulbe étroit, expliquant aussi certains aspects cruciformes — la deuxième est le siège d'une grosse ulcération entourée de petits monticules œdémateux séparés par des fissures, donnant une image radiographique de niche de face, avec des plis radiés ; le reste du bulbe bien rempli a des aspects particuliers dont certains pourraient être pris, à tort, pour une niche diverticulaire du bord.

IV. — Désaccord entre les constatations cliniques et radiologiques et les constatations opératoires

Dans la plupart des cas, la situation est simple. On a fait le diagnostic clinique, la radiographie vient le confirmer ; le bulbe est déformé ; l'image d'ulcère, typique, l'intervention est décidée, et le chirurgien, pièce en mains, vérifie le diagnostic.

On peut voir des cas plus compliqués. Même avec une histoire spécifique d'ulcère, même avec les signes radiologiques les plus purs et malgré d'excellents clichés où la niche s'est imprimée en caractères indiscutables ; en dépit du diagnostic formel, l'ulcère n'est pas trouvé lors de l'intervention. Le chirurgien n'en constate aucune trace extérieure. Il n'y a pas la petite cicatrice ronde caractéristique, ni la petite induration localisée perceptible à la palpation, ni le suintement sanguin de la séreuse au frottement léger de la compresse.

En somme, il résulte de ces faits qu'il existe des ulcères duodénaux que le chirurgien ne voit ni ne sent à l'extérieur du bulbe. C'est là une notion très importante du point de vue pratique et sur laquelle divers auteurs ont insisté.

WILMS (1) et CHAOUÏ (2), ont ainsi noté que certains ulcères duodénaux échappent à toute constatation ex-

(1) Symptômes et traitement de l'ulcus duodénal. Munch. Méd. Wochenschrift. 1918, page 673.

(2) Diagnostic radiologique clinique de l'appareil digestif. 1928.

lérieure du chirurgien. ROVSING (1), déclare qu'une partie des ulcères qu'il a opérés n'étaient pas visibles à l'ouverture de l'abdomen : ce n'est qu'à l'ouverture du duodénum réséqué que l'ulcère apparaissait à l'intérieur, typique.

CHAOUL affirme même que plus d'une fois, il a constaté que, sur les pièces réséquées, un ulcère patent à l'intérieur pouvait, non seulement ne pas être vu, mais même ne pas être perçu à la palpation.

WILKIE (2), TROELL, KROGIUS, dit-il, ont fait des constatations analogues : « les bords des ulcères, dit CHAOUL, peuvent être si souples que la palpation en est absolument impossible.

DONALD C. BALFOUR (3), R.-A. GUTMANN (4) citent des cas d'ulcères duodénaux cliniquement et radiologiquement absolument certains que l'on ne retrouve pas à la laparotomie. Ces ulcères ne se marquaient à l'ouverture opératoire : ni par des processus de sténose, ni par des brides, ni par aucune déformation — non plus que par aucun signe extérieur.

Nous en rapportons des cas plus loin (Observations IV et V).

BALFOUR cite des faits du même ordre.

(1) Arch. fur Klin. Cliner, 1920, page 172, ulcère duod. chroniq.

(2) Observations sur la pathologie de l'ulcère duodéal. *Lancet* 1914, page 1465.

(3) *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Clinique Mayo, décembre 1929, page 806.

(4) *Presse Médicale*, avril 1932.

RUSSEL D. CARMANN et Ch. G. SUTHERLAND (1) rapportent cent interventions chirurgicales pratiquées sur cent ulcères duodénaux confirmés radiologiquement, et dans lesquels on avait mis en évidence une niche certaine. Sur ces cent cas :

74 ulcères se trouvèrent sur la face antérieure du duodénum ;

9 sur la face postérieure ;

Dans 15 cas, on ne précisa pas la localisation ;

Dans 2 cas, on ne trouva absolument aucun signe extérieur d'ulcère, et on ne réséqua pas le duodénum ;

Dans 3 cas enfin, n'ayant trouvé aucun signe extérieur d'ulcus, on ouvrit le duodénum, et on trouva l'ulcère (2).

(1) Mayo Clinic. *The American Journal of Röntgenology and Radium therapy* (the duodenal niche), août 1926, page 101.

(2) Il ne faut pas confondre cette invisibilité extérieure complète de l'ulcère avec les cas où l'ulcère se trouve sur la face postérieure du duodénum. BALFOUR insiste sur ces faits ; on reconnaît ces ulcères à une induration spéciale, à la palpation :

« J'ai rencontré un certain nombre de cas dans lesquels on n'avait trouvé aucune réaction inflammatoire sur la face antérieure du duodénum, et dans lesquels on a trouvé, sur la face postérieure, un petit cratère qui ne pouvait être identifié que par la vue. Dans beaucoup de ces cas, l'hémorragie a été le symptôme prédominant ».

« Dans d'autres cas, on soupçonne la possibilité d'un ulcère de la face postérieure en constatant par la palpation de la face antérieure la simple existence d'un processus inflammatoire sans aucun caractère ulcéreux. Il arrive alors, le plus souvent, que l'on trouve un ulcère sur la face postérieure.

Il ressort de ces faits, que l'on ne peut pas conclure que l'absence de signes extérieurs d'ulcère à l'ouverture opératoire soit la preuve convaincante de l'inexistence de cet ulcère, et nous emprunterons la conclusion de M. GUTMANN :

« Lorsque la clinique est nette, lorsque les clichés montrent une image typique d'ulcère (et ces deux circonstances sont, en matière d'ulcère, la règle quand on connaît la valeur de l'histoire de l'ulcère), et que l'on a des clichés parfaits, le diagnostic clinique et radiologique prime les constatations du chirurgien sur le bulbe en place, et l'ulcère existe même si on ne le voit ni ne le sent extérieurement ».

V. — Les difficultés du diagnostic

Ces notions sont d'une importance considérable et l'on ne saurait trop donner à de sérieux examens cliniques et radiologiques toute leur importance. Et pourtant, la radiographie elle-même, peut, elle aussi, induire en erreur ou tout au moins laisser le diagnostic en suspens.

En effet, nous avons insisté sur la nature œdémateuse de beaucoup de déformations, nous avons montré que très souvent la niche n'était visible que par contraste au milieu du halo œdémateux qui l'entoure. Or, l'ulcère est une maladie à poussées. Au cours des poussées, l'œdème augmente, la niche se creuse. Lorsque la pous-

sée est terminée, tout tend à se mettre « à plat ». Il en résulte que, dans l'intervalle des poussées, sur certains ulcères à gros œdèmes, les signes radiologiques peuvent disparaître.

En voici des exemples :

OBSERVATION I (R.-A. GUTMANN) (1)

M^{me} V... présente depuis 4 ans des périodes douloureuses d'un mois et demi avec intervalles libres de 4 à 5 mois — radiographie en période douloureuse (mars 1930 ; énorme niche du bord interne du bulbe. Traitée à l'extrait parathyroïdien « guérison » — recommence à souffrir six mois après ; radios faites en pleine poussée : la niche persiste ; traitement : pepsine, les douleurs augmentent ; angioxyl « guérison ». Radiographie en période d'accalmie : la niche a disparu. Recommence à souffrir 6 mois après ; radiographie en pleine poussée : l'énorme niche a reparu.

OBSERVATION II (R.-A. GUTMANN)

M. B... souffre depuis des années, par périodes d'un mois, avec intervalles de plusieurs mois. Diverses radiographies ont été prises ; elles n'ont rien montré ; sur la dernière, faite en période de calme, il y a un mois, on ne constate rien d'anormal. Une nouvelle

(1) *Presse Médicale*, 21 octobre 1931.

poussée éclate, le malade vient nous consulter, nous le faisons radiographier en pleine poussée ; niche de la petite courbure.

OBSERVATION III (R.-A. GUTMANN)

Un malade évoluant en périodes séparées de 4 ou 5 mois consulte en pleine poussée. On voit une très grosse niche de la petite courbure gastrique. Il est mis à l'angioxyl ; il guérit « complètement » ; il cesse de souffrir ; sa niche disparaît et ne se retrouve même plus sur des clichés de muqueuses. On continue cette méthode qui a si bien réussi. Mais, 4 mois après le début du traitement, alors que le malade en est à sa 50^e injection d'angioxyl, la nouvelle poussée, fatidique et prévue, éclate avec une violence semble-t-il accrue, la niche reparaît, et l'on est obligé d'opérer.

Dans ces cas encore, les disparitions ou réapparitions succesives de niches sont dues aux poussées inflammatoires, aux phénomènes d'œdème que nous avons précédemment étudiés et aux poussées évolutives de l'ulcère lui-même.

Voici un dernier cas de disparition de la niche, entre les poussées douloureuses.

OBSERVATION IV (R.-A. GUTMANN)

M^{me} D... m'est adressée à la Salpêtrière ; elle présente depuis trois ans, une histoire typique d'ulcère : périodes de douleurs à type tardif survenant tous les

a

b

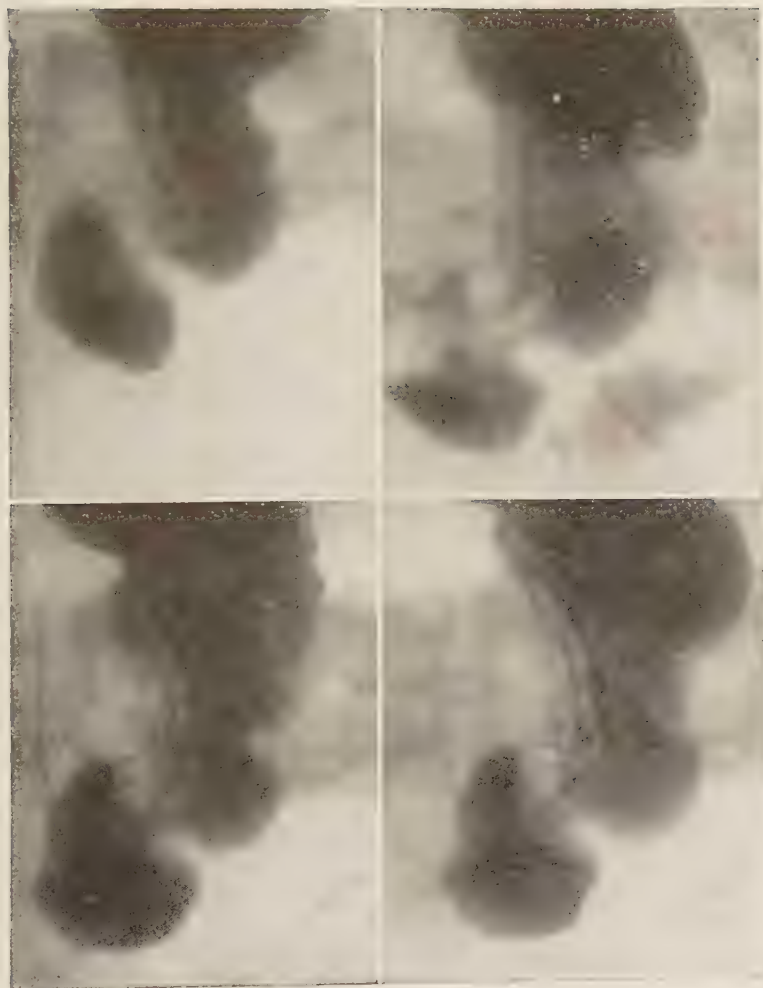


Fig. 6. a, b, c, — Trois aspects de bulbe tout à fait normal (même aspect sur *a* ultimes clichés) ; mais sur le dernier cliché (*d*) de cette même série, la niche de la *capitulum* légèrement. Août 1930, période de calme (Clichés Puthomme). Voir *myoma* 7.

jours pendant 15 jours à un mois, et disparaissant 2 ou 3 mois.

Les radiographies en série, faites à un moment où la malade ne souffre pas, montrent sur 11 clichés un bulbe qui est un type schématique de bulbe normal ; il n'y a pas d'hyperkinésie gastrique. Sur le 12^e cliché, moins rempli, on distingue une niche médiane (Fig. 6). D'après la clinique et la radiologie, je pose le diagnostic d'ulcus duodénal et je conseille l'opération.

Au mois d'août 1930, M^{me} D... est montrée par son médecin dans un hôpital, à un chirurgien qui reste très sceptique sur le diagnostic radiologique d'ulcère, mais étant donné le passé douloureux de la malade, opère. Ce chirurgien, tout à fait distingué, rompu à la pratique de la chirurgie gastrique, explore attentivement le bulbe, ne voit rien, ne sent rien, et, dans ces conditions, il referme sans aucune opération gastrique.

A mon retour de vacances, le médecin de la malade vient me mettre au courant de ce qui s'est passé : je lui demande de me renvoyer M^{me} D... au moment de sa prochaine poussée ulcéreuse qui, évidemment, ne tardera pas à se produire. En effet, en mars 1931, reprise de douleurs : nouvelles radiographies, cette fois en pleine poussée, qui montrent maintenant sur tous les clichés, une image absolument typique d'ulcère de face. (Fig. 7.)

Voilà donc des cas où les circonstances évolutives de la lésion peuvent induire en erreur.

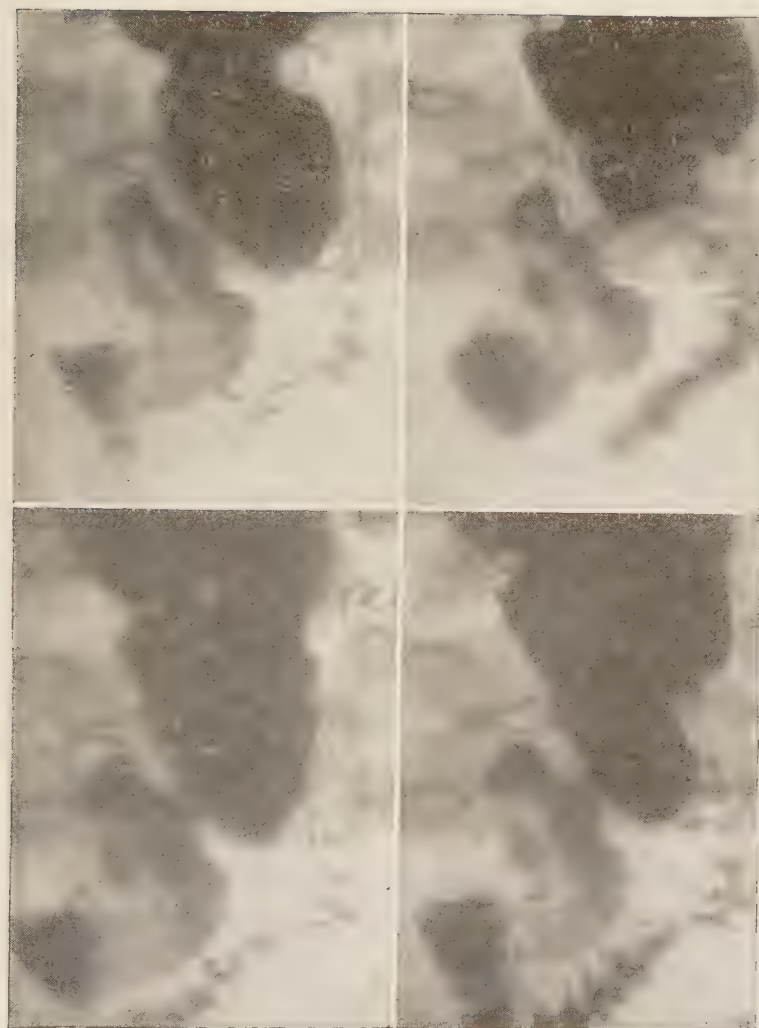


Fig. 7. — Même n alade que celle de la fig. 6 (Mars 1931, période de poussée). La grosse niche de face est cette fois tout à fait nette, entourée de son halo d'ordène inflammatoire péri-ulcèreux. Bords normaux (clichés Pulhomme).

Mais il est une autre éventualité qui vient modifier l'aspect radiologique : c'est l'hémorragie.

Presque toujours l'hémorragie fait cesser les douleurs de l'ulcéreux. SCHWARTZ (1), a fait cette remarque et BERG a comparé le peu d'intensité des signes radiologiques à l'atténuation des phénomènes douloureux.

La « saignée locale » modifie de même profondément parfois l'aspect du bulbe ulcéreux, ce qui est facile à comprendre avec la conception surtout œdémateuse des déformations.

OBSERVATION V (R.-A. GUTMANN)

(*Presse Médicale*, avril 1932)

M. G..., âgé de 38 ans, présente brusquement, huit jours avant de m'être adressé, après avoir « pris froid la veille » (2) et avoir eu quelques frissons, un méloena ; cet accident se répète pendant huit jours ; le malade se sent de plus en plus affaibli et le huitième jour, au cours d'une selle méloénique, perd connaissance.

Des épisodes du même genre, mais plus atténués, se sont reproduits à deux ou trois reprises depuis trois ans ; ils ont passé méconnus, le malade n'ayant pas examiné ses selles ; mais, pendant une huitaine de jours, il devenait d'une pâleur extrême, avait des

(1) Etude radiologique des organes digestifs in Schittenhelm, traité de radiologie, 1924).

vertiges, des bourdonnements d'oreilles, tenait à peine debout.

Outre ces épisodes non douloureux et purement hémorragiques, le malade a eu, il y a six ans, il y a trois ans et il y a un an, des poussées d'un mois et demi, poussées douloureuses, mais non hémorragiques.

Cet ensemble est caractéristique d'un ulcus et, sur ce malade qui vient, il y a peu de temps, de saigner, je fais faire des radiographies en série. Elles montrent un estomac hyperkinétique, un très gros bulbe à contours réguliers, mais sans image nette de niche, encore que la mince réplétion bulbaire permettrait d'en voir une si elle existait. (Fig. 8.)

Mon opinion reste donc en suspens ; je pense fortement qu'il s'agit d'un ulcère duodénal, sans signes radiologiques parce que le malade vient de saigner, mais je ne puis écarter absolument — quoi qu'il s'agisse d'un diagnostic dont je me méfie toujours — la possibilité de cette duodénite hémorragique sur laquelle les auteurs lyonnais ont insisté. Je conseille l'opération. Celle-ci est pratiquée devant moi, en mai 1930, par un de mes amis, chirurgien rompu à la chirurgie gastrique. Il trouve un bulbe de grande taille, mais normal, non épaissi, non induré, sans signe extérieur à la vue ni au toucher d'ulcère duodénal sur aucune paroi, sans « rosée sanglante » à la friction de la compresse. Comme le malade a été fatigué par sa dernière hémorragie, le chirurgien, devant

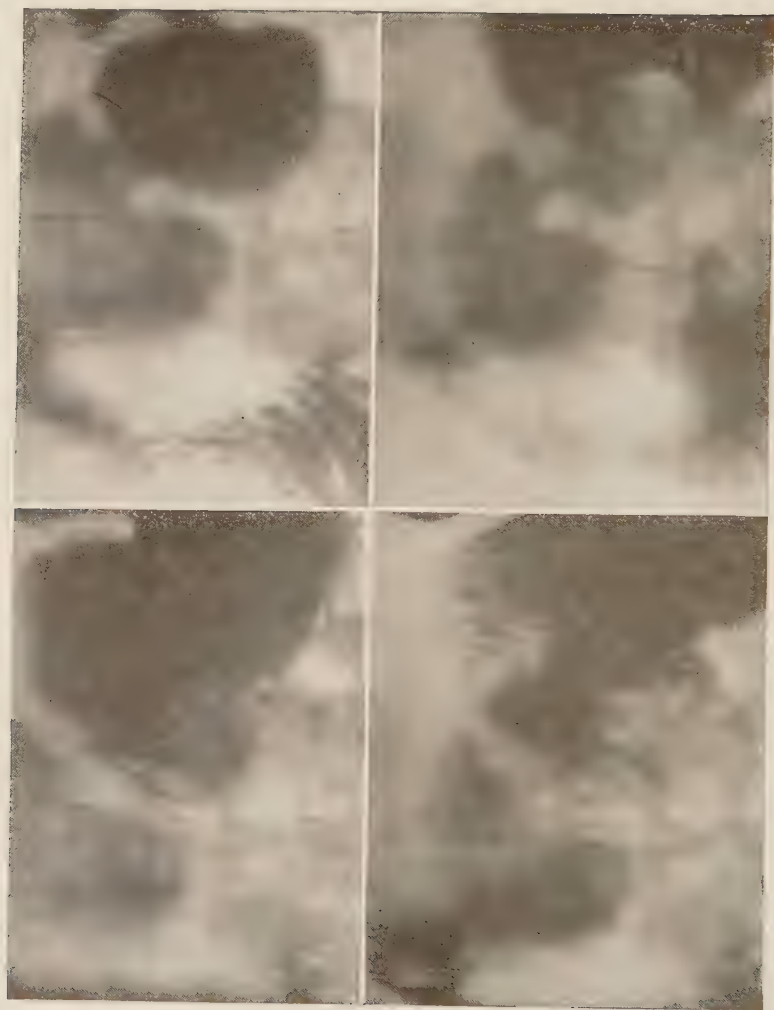


Fig. 8. — Série prise après une hémorragie. Très gros bulbe. Bords normaux. Pas de
 poche visible (Chloés Puthenim — voir figure 9)

cette absence de signes radiologiques et opératoires, préfère, un peu contre mon gré, refermer, sans intervenir sur l'estomac ou le duodénum.

Je donne un traitement gastrique à ce malade que je continue à observer, supposant, malheureusement, d'après ce que je sais de l'ulcère duodénum, qu'une nouvelle poussée surviendra. En effet, un an après, en juillet 1931, épisode douloureux pendant lequel, absent de Paris, je n'examine pas le malade. Je le revois en décembre 1931, au cours d'une nouvelle poussée douloureuse et non hémorragique, je demande de nouvelles radios qui, cette fois, montrent une image absolument typique d'ulcère duodénal de face.

En somme il faut tirer de ces faits une conclusion. Lorsque le diagnostic clinique de l'ulcère est très probable si l'on ne trouve pas de confirmation radiologique, il faut se demander à quelle période a été fait l'examen : des clichés négatifs pris dans les stades d'accalmie de l'ulcère ou après une hémorragie ne sont pas probants et il faut les refaire ultérieurement dans des conditions plus favorables (fig. 9.)

Cet ensemble de faits permet de réviser certains points intéressants de pathologie digestive.

Voici, par exemple, les hémorragies d'origine appendiculaire. Sont-elles vraiment appendiculaires ? N'y a-t-il pas un ulcère qui n'a pas été mis en lumière parce que l'examen a été fait après l'hémorragie.

Si l'intervention a été pratiquée, ne s'est-il pas agi de cas où l'ulcus est resté inaperçu du chirurgien ?

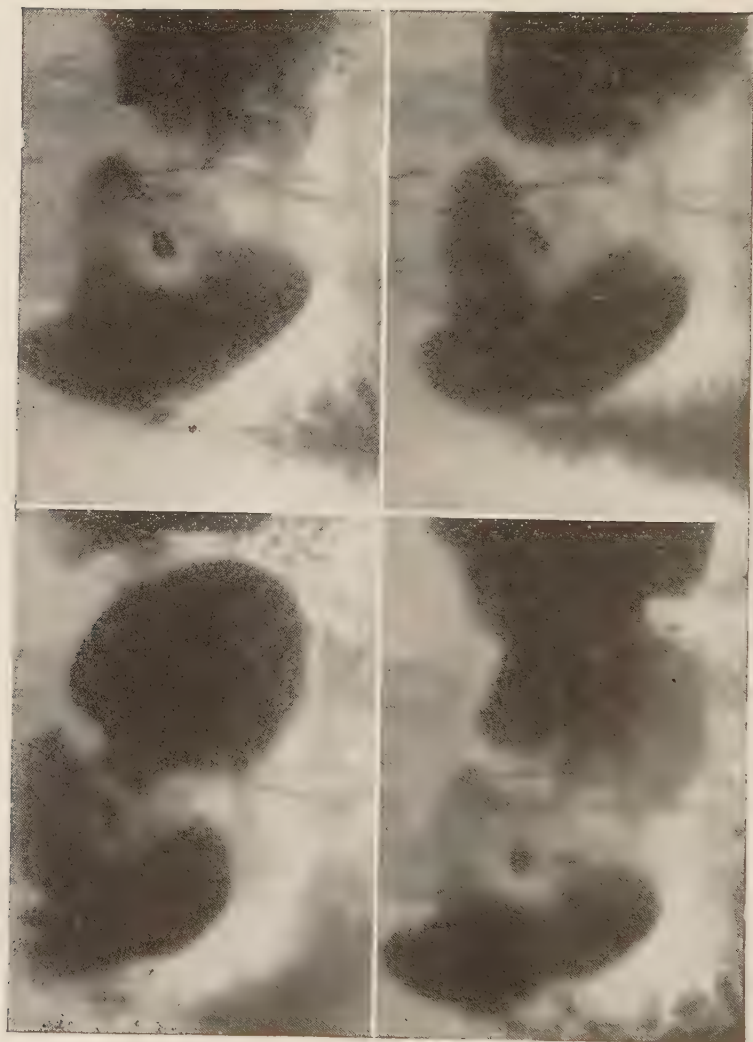


Fig. 9. — Même malade, loin d'une hémorragie et pendant une poussée. La niche de face est bien visible dans son halo péri-ulcéreux. Gros bulbe. Bords normaux. Clichés service Pathologie.

DEMOLE, dans sa thèse, a cité divers cas de ce genre, qu'il a observés avec GUTMANN.

OBSERVATION VI (DEMOLE, Thèse 1931)

Contribution à l'étude de l'origine des hématémèses.

Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, souffrant de l'estomac depuis quatorze ans. En janvier 1909, elle présente une hématémèse avec melœna, à la suite desquels on pose le diagnostic d'appendicite. L'opération en confirme l'exactitude, mais on procède en même temps à un examen soigneux de l'estomac et du duodénum qui sont normaux.

La malade est améliorée, mais souffre encore toujours. En mars 1910, nouvelles hématémèses à plusieurs reprises. Réopérée en septembre 1910 ; ulcère duodénal à bords épaissis ; gastro-entérostomie. Guérison.

N'est-il pas vraisemblable qu'il y avait déjà à la première opération une petite ulcération imperceptible à la palpation et qui avait évolué entre les deux interventions.

L'hémorragie dans cette observation n'a-t-elle pas gêné le diagnostic radiologique d'ulcère au moment de la première intervention ?

Et DEMOLE dit justement : « L'hémorragie protège contre la douleur, une hémorragie arrête la période douloureuse dans son évolution et supprime la symptomatologie typique... Chose plus gênante pour le mé-

decin, l'hémorragie fait aussi disparaître fréquemment les signes radiologiques si spéciaux de l'ulcère duodénal, et rend le problème, dans bien des cas, insoluble... »

Ne peut-on pas poser les mêmes questions à propos des pyloro-duodénites ?

Les auteurs lyonnais ont, en effet, publié des cas de duodénites érosives dont l'histoire clinique rappelle de très près celle des ulcères.

C'est un diagnostic auquel on peut penser devant une histoire ulcéreuse typique qui ne fait pas ses preuves radiologiques. Mais à ce diagnostic que de réserves doit-on faire ! Notre observation n° 5 n'aurait-elle pas été prise pour un cas de duodénite hémorragique en raison de ses alternatives d'épisodes douloureux et d'épisodes hémorragiques — alors que le chirurgien lui-même, en l'absence de tout signe extérieur d'ulcère, refusa d'intervenir sur le duodénum et qu'il se contenta de la simple laparotomie exploratrice.

Mais le malade, rappelons-le, fut régulièrement suivi, et quelques mois plus tard, il fut revu en pleine période douloureuse. On refit des clichés en série de son bulbe, en l'absence de toute manifestation hémorragique : cette fois, l'ulcère typique, indiscutable, signalait le diagnostic resté en suspens.

Devant ce cas particulièrement instructif, ne peut-on pas se demander si les cas de duodénites hémorragiques des auteurs lyonnais ne sont pas des simples cas d'ul-

cères dont les signes radiologiques disparaîtraient dans l'intervalle de poussées douloureuses ou après une hémorragie ?

De telles questions se posent chez certains malades à manifestations particulièrement hémorragiques, qui viennent consulter à chaque fois qu'ils ont saigné : on leur fait alors des séries de clichés, mais tous sont négatifs, et l'on ne trouve pas l'ucère que l'on avait présumé cliniquement.

Nous empruntons à la thèse de DEMOLE (loc. cit., page 72, n° 47), le cas suivant qu'il a suivi avec M. GUTMANN et qui pose précisément de telles questions.

OBSERVATION VII

V..., Edouard, 49 ans, greffier.

Réformé avant la guerre à la suite d'une fracture du fémur, il est cependant mobilisé dans le contre-espionnage. En arrêtant un déserteur, il tombe d'un train, ressent une violente douleur épigastrique et crache un peu de sang (12, VIII, 1917) ; les jours suivants, il se plaint de courbatures, de céphalées, et se sent fiévreux, mais continue quand même ses occupations.

Le 19 octobre 1917, étant de service de nuit, il est pris d'étourdissements et de syncopes : on le transporte chez lui, où il émet plusieurs selles noires et se trouve dans un état si grave qu'on ne peut le transporter que dix jours plus tard à l'hôpital de Vichy. La

réaction de Meyer donne toujours un résultat positif ; G. R. 2.300.000.

Il y reste en convalescence jusqu'à la fin de janvier 1918. Passant ensuite devant plusieurs Commissions de Réforme, on diagnostiqua : Insuffisance mitrale et ulcère duodénal, douleur à la palpation sous l'écran, mais aucune image radiologique certaine.

Le 1^{er} janvier 1924, dans l'après-midi, il est de nouveau pris de malaises, de vertiges et est extrêmement pâle.

Dans la nuit, syncope ; le lendemain, selles noires qui se répètent pendant une douzaine de jours. G. R. : 3.200.000. Radioscopie en mars suivant : estomac orthotonique, s'évacuant normalement, pas de signe de lésions organiques. Léger degré de dolichocolon.

Le 29 juin 1926, le 5 mai 1929, le 30 novembre 1929 et le 1^{er} juillet 1930, ces accidents se répètent avec la même gravité, la même allure syncopale, la même anémie extrême.

Des examens de sang ne montrent aucun trouble des propriétés physiologiques. Une formule leucocytaire normale mais le nombre de globules blancs excède toujours 10.000. Foie et rate normaux.

On note constamment de petits accidents infectieux avant les poussées hémorragiques : une fois, c'est une angine, une autre fois, c'est de la furonculose, la dernière fois enfin, une infection dentaire importante. De plus, son état constamment fébrile lors des accidents, et la leucocytose prouvent le rôle d'une infec-

tion. Plusieurs examens radiographiques ont été faits, tous négatifs, mais tous après une hémorragie. A deux reprises, on a voulu faire des examens en dehors d'une poussée, chaque fois le hasard a fait saigner le malade juste avant l'examen projeté.

Ainsi l'on n'a pas pu faire la preuve d'un ulcère duodénal à forme hémorragique et le diagnostic reste en suspens.

CONCLUSIONS

Contrairement aux opinions généralement admises, nous concluons comme suit :

1° La grande majorité des ulcères duodénaux a son siège radiologiquement comme anatomiquement sur les faces.

Les niches des bords existent, mais sont beaucoup plus rares.

2° Les niches de face deviennent visibles à la faveur d'un halo d'œdème inflammatoire. On les met en lumière à l'aide de radiographies avec réplétion très minime du bulbe par la bouillie barytée — sans compression.

3° La plupart des déformations radiologiques autres que la niche, attribuées classiquement à des spasmes ou des déformations scléreuses *extérieures* du bulbe, ne sont que le moule opaque baryté de l'*intérieur* du bulbe déformé par l'œdème.

4° L'œdème inflammatoire péri-ulcéreux peut disparaître à la fin des poussées douloureuses évolutives de l'ulcère ; les signes radiologiques créés par lui peuvent donc disparaître simultanément.

Une hémorragie peut également, par saignée locale, faire disparaître cet œdème inflammatoire — et rendre ainsi temporairement l'ulcus radiologiquement invisible.

5° D'autre part, à l'intervention chirurgicale, tous les ulcères ne se marquent pas par des signes extérieurs :

a) Il existe en effet des ulcères situés sur la face postérieure et que l'on ne voit ni ne sent, sauf par une exploration spéciale ;

b) Il existe surtout des ulcères qui ne se marquent sur l'extérieur des parois bulbaires, et que l'on ne peut voir qu'en ouvrant le duodénum même. Ce sont des ulcères essentiellement *muqueux*. Dans ces cas, la clinique et la radiographie, si elles sont nettes et concluantes, doivent faire foi — et le chirurgien doit admettre que l'ulcère existe, même s'il ne le voit ni ne le sent sur l'extérieur du bulbe en place.

6° La disparition des signes radiographiques entre les poussées évolutives et après les hémorragies ; l'invisibilité extérieure de certains ulcères à l'opération, permettent de jeter un doute sur certaines observations d'hémorragies dont le caractère ulcéreux était nié, en particulier sur certaines observations d'hémorragies d'origine appendiculaire, ou de duodénites hémorragiques.

Vu : LE DOYEN :
BALTHAZARD.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
CHARLETY.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	15
SUR CERTAINES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE DUODÉNAL	17
I. — Notions classiques	17
II. — Importance de la niche de face	21
III. — Signification des déformations péri-ulcéreuses.....	26
IV. — Désaccord entre les constatations cliniques et radio- logiques et les constatations opératoires	29
V. — Les difficultés du diagnostic	32
CONCLUSIONS	49

